

Des
Ostéites nasocraniennes
d'origine syphilitique
et de leurs
complications cérébrales

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean SOUBEYRAND

Né le 6 Mai 1896 à MEYSSE (Ardèche)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

DES OSTÉITES NASOCRANIENNES D'ORIGINE SYPHILITIQUE
ET DE LEURS COMPLICATIONS CÉRÉBRALES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, président ; CORDIER, assesseur
ROUBIER et DUMAS, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

Ils seraient heureux de voir leur fils
médecin.

A MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

Qui nous a fourni le sujet de notre travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUROUX

Qui nous a accueilli à l'Hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon et qui nous a toujours honoré de sa précieuse amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLIMARD
(de Villefranche)

Auprès duquel nous sommes restés pendant près de trois années.

Son expérience et ses conseils nous permettront d'affronter sans crainte les difficultés de la clientèle.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES JUGES

DES OSTEITES NASOCRANIENNES D'ORIGINE SYPHILITIQUE ET DE LEURS COMPLICATIONS CEREBRALES

Introduction

La syphilis n'est pas seulement grave par elle-même, elle est grave aussi par ses dangers indirects, par les lésions secondaires, deutéropathiques, symptomatiques, que peuvent susciter ses lésions propres et qui échappant aux remèdes spécifiques, n'en deviennent que plus dangereuses.

Parmi ces lésions secondaires il en est qui sont particulièrement intéressantes à bien connaître puisque leur localisation se fait au voisinage immédiat d'un organe vital et que, dans un grand nombre de cas, la vie même du malade dépend de la précocité du diagnostic : nous voulons parler des complications crâniennes consécutives à une localisation primitive de la syphilis dans les fosses nasales.

La vérole en effet, à mesure qu'elle vieillit, a tendance à se localiser sur un organe, et parmi ceux qu'elle affectionne le plus, on peut citer en première ligne : le nez. « Les fosses nasales constituent, a dit Fournier, un foyer de prédilection pour la syphilis. »

Mais, dira-t-on, étant donnés les rapports intimes de

certaines os de la base du crâne (ethmoïde et sphénoïde), avec les fosses nasales les localisations craniennes d'origine nasale doivent être très fréquentes. Les faits cliniques prouvent le contraire. M. le Professeur Lannois, et à sa retraite M. le Professeur Collet ayant bien voulu s'intéresser à nous et nous fournir le sujet de notre thèse en nous communiquant une belle observation d'un de ces cas, nous avons été amenés à chercher dans les ouvrages parus antérieurement, dans les thèses, dans les publications françaises et étrangères, des faits se rapportant au sujet qui nous intéressait. Précisons-le : aux ostéites syphilitiques tertiaires de l'ethmoïde et du sphénoïde ainsi qu'aux lésions encéphaliques et méningées consécutives à ces ostéites. Il n'entre pas, en effet, dans le cadre de notre travail de citer les observations se rapportant aux diverses manifestations encéphaliques et méningées, d'origine syphilitique elles aussi, mais n'ayant pas eu pour point de départ une ostéite de la voûte des fosses nasales. De suite nous avons été frappés par le petit nombre d'observations que nous avons pu rassembler. Syphiligraphes, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes, médecins, tous sont muets ou presque sur cette complication de la syphilis. Les observations que nous publions au chapitre suivant constituent à notre connaissance la totalité des cas étudiés.

Sans chercher d'autre explication, il semble que la difficulté de l'examen, l'absence possible de tout symptôme caractéristique et partant les difficultés du diagnostic permettent de penser que, dans un bon nombre de cas, la constatation de la lésion n'a pas été faite.

Dans les lésions syphilitiques des fosses nasales on peut, avec le professeur Fournier, distinguer deux sortes de lésions de gravité très inégale :

1° Ostéite de la voûte, du plafond des fosses nasales, celle qui correspond au crâne, c'est-à-dire celle qui affecte :

a) soit la portion supérieure de l'ethmoïde;

b) soit la face antérieure du sphénoïde;

2° Ostéite des autres départements des fosses nasales. La première portion des fosses nasales a été appelée par Fournier portion naso-cranienne, par opposition avec la seconde qui, répondant aux os de la face, peut être appelée: portion naso-faciale.

Nous serons très bref sur l'étude des lésions de cette deuxième portion. Elle a été d'ailleurs admirablement traitée dans la thèse de Bernoud et il serait difficile d'ajouter quelque chose à cette étude remarquable. Nous ne ferons que citer les symptômes ordinaires auxquels elles donnent naissance, ainsi que les conséquences qu'elles entraînent.

Par contre, ce sera l'objet de notre modeste travail, d'étudier d'une façon aussi complète que possible les ostéites syphilitiques du plafond des fosses nasales et leurs complications craniennes.

Lorsqu'il s'agit de lésions syphilitiques de la partie antérieure des fosses nasales, on note généralement la symptomatologie suivante avec prédominance habituelle de l'un des symptômes.

1° Enchifrènement : coryza chronique;

2° Jetage nasal : expulsion de matières purulentes verdâtres, pyoïdes, ou séro-purulentes avec besoin fréquent de se moucher;

3° Quelquefois épistaxis;

4° Diverses déformations du nez consécutives à la destruction de la cloison du cartilage des os propres du nez, du vomer, etc.;

5° Et surtout ozène, d'intensité variable : léger, moyen, intense, épouvantable (punaisie) ; infirmité réellement effrayante. Le punais empest son entourage, rendant intolérable le séjour de ses proches autour de lui; infirmité à peine atténuée par ce fait que l'individu atteint de punaisie ne sent pas lui-même l'odeur infecte qu'il répand.

Dans la grande majorité des cas, ces lésions n'entraînent que des conséquences locales. Fournier les a classées de la façon suivante :

1° Conséquences insignifiantes ou nulles (perforation de la cloison, destruction des cornets);

2° Conséquences regrettables (perforation de la voûte palatine, destruction des os du nez, déformation des cartilages, effondrement du nez et perte plus ou moins complète de cet organe).

Ce sont des accidents fâcheux, mais n'intéressant pas directement la vie du malade.

C'est la symptomatologie des cas où le plafond des fosses nasales n'est pas atteint.

3° Enfin des conséquences redoutables, pouvant déterminer la mort soit lentement, soit rapidement, soit même d'une façon sidérante, si un traitement énergique n'a pas été institué à temps.

Cette variété doit sa gravité propre à son siège : c'est l'ostéite de la voûte des fosses nasales; celle qui correspond au crâne. Nous ne consacrerons pas un chapitre spécial à l'étiologie de cette affection étant donnée sa simplicité et nous dirons seulement :

a) Que dans toutes les observations que nous avons pu recueillir il s'agit de syphilis acquise. Nous ne voulons pas dire, cependant, que la syphilis héréditaire est incapable de produire les mêmes lésions; mais les auteurs classiques étant muets sur ce point et, d'autre part, n'ayant pu trouver, de notre côté, une seule observation se rapportant à un cas de syphilis héréditaire, nous sommes dans l'impossibilité d'émettre à ce sujet une opinion précise.

b) Qu'il s'agit presque toujours d'accidents tardifs, apparaissant de nombreuses années après le chancre initial (10 à 15 ans en général).

c) Que ces lésions apparaissent toujours chez des sujets non traités ou du moins insuffisamment traités, n'ayant accepté le traitement qu'avec répugnance et ne le suivant que très irrégulièrement. Il est, en effet, une remarque importante qu'il est nécessaire de faire immédiatement : Si les observations d'ostéite syphilitique de l'ethmoïde et du sphénoïde avec accidents cérébraux consécutifs; si même les cas de grands délabrements du côté des fosses nasales antérieures, de la voûte palatine, des sinus, deviennent de plus en plus rares, cela tient, n'en doutons pas, à l'efficacité des armes dont nous sommes munis à l'heure actuelle pour lutter contre la syphilis dès que le diagnostic en est porté. — « La vérole, tous les jours, cède du ter-

rain », a dit un éminent syphiligraphe. Il est réconfortant de faire cette constatation et de penser que ces graves manifestations cérébrales de la syphilis; ces atroces mutilations auxquelles étaient exposés nos ancêtres (voir le cas typique de Delpech) n'offriront plus bientôt qu'un intérêt historique.

d) Qu'enfin le sexe et l'âge ne paraissent avoir aucune influence.

Sans insister aucunement, contentons-nous de citer les quelques causes favorisantes invoquées par certains auteurs :

Coryza chronique ;

Traumatismes (?)

Abus du tabac à priser (?)

Nous allons maintenant, dans le chapitre suivant, citer les différentes observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE PREMIER

Observations

OBSERVATION I

(DUPLAY, citée par LANCIAL,
in Thèse de KAPLAN, Paris 1891-92.)

Thrombose des sinus caverneux.

Adélaïde B..., 43 ans, journalière. Entre à l'Hôpital le 20 mai, salle Ste-Marthe, dans un état général grave.

Peu de renseignements. 3 mois avant : érysipèle de la face, dont il ne reste aucune trace. Depuis 15 jours seulement, elle souffre de l'affection actuelle.

Douleurs très vives intra et périorbitaires du côté droit; on ne peut rattacher sa maladie à aucune cause connue. Les douleurs sont allées en augmentant, accompagnées de troubles visuels du côté droit, tels que : brouillards, perceptions d'étincelles, pendant 8 jours environ; ce n'est que depuis une semaine que l'œil est devenu plus gros, en même temps que survenait une cécité complète.

Elle souffre de la gorge depuis 15 jours, d'après elle, et sa voix est nasonnée. Pas d'engorgement ganglion-

naire, aucune trace d'affection cutanée spécifique. Sur 8 enfants venus à terme, 4 sont morts.

Etat actuel. — Œil droit considérablement conflué, paupières rouges, œdématiées, recouvrant le globe oculaire. En les écartant, on constate une exophtalmie sans que le globe de l'œil lui-même paraisse augmenté de volume. Il est presque complètement immobile, de consistance normale; on constate encore une déformation de la pupille, chémosis considérable. Tuméfaction péri-orbitaire molle, voies lacrymales obstruées, sécheresse des deux narines. Enduit noirâtre empêchant de reconnaître les lésions que l'on soupçonne sur le voile du palais. L'oreille droite laisse échapper du sang depuis 15 jours. Pouls : 100. Peau chaude.

Diagnostic probable. — Périostite syphilitique de la cavité orbitaire.

Traitement. — Gargarisme : borax glycérine.

Bouillon, vin, potage avec extrait de quinquina.

Le 22 mai : Temp. : 40°2. Pouls : 100.

Examen ophtalmoscopique. — Dépôli de la cornée. Pupille un peu mobile. Le fond de l'œil ne peut être exploré, il y a comme un voile interposé (trouble du corps vitré). La gorge étant nettoyée, on constate une large perte de substance sur le voile du palais.

Le 23 mai : Temp. : 39°. Pouls : 124. Etat général gastrique et pulmonaire.

Le 24 : Temp. : 39°1. Vésicatoire.

Le 25 : Exophtalmie, ainsi que chémosis diminués. Œil plus mobile. Etat général très grave. Pas de paralysie ni de contractures.

Le 25 : Temp. : 40°2. Pouls : 136. Symptômes pulmonaires. Subdélire.

Mort à 10 heures du soir.

Autopsie. — Œdème considérable et congestion passive des deux poumons, noirâtres, et ne crépitant plus en arrière.

Rien aux autres viscères.

Encéphale : Après avoir enlevé la dure-mère, on trouve de la méningite suppurée en deux points.

1° A la convexité, vers la partie moyenne du lobe frontal gauche; le cerveau, ramolli en ce point, est parsemé de petites hémorragies punctiformes.

2° A la base, au niveau de la protubérance et du bulbe; il s'écoule, de ces points, une légère quantité de pus.

Phlébite suppurative dans un grand nombre de sinus, notamment dans le sinus coronaire, caverneux et pétreux des 2 côtés.

Base du crâne : Le périoste se détache très facilement de la selle turcique et de l'apophyse basilaire. Il est épaissi, rouge, et l'os, au-dessous de lui, est évidemment atteint d'ostéite. Il est rouge, pointillé, friable. En faisant des coupes du rocher du côté droit, on constate une ostéite localisée surtout au voisinage du trou déchiré antérieur.

Cavité orbitaire : Aucune lésion osseuse, ni phlegmon intéressant le tissu cellulaire. On trouve bien, en disséquant soigneusement, de petites collections purulentes en forme de fusées, entourant les vaisseaux du côté interne du nerf optique; la partie antérieure est saine. Le nerf optique ne paraît pas malade, bien qu'en contact presque immédiat avec le pus.

L'œil ne présente par de lésions.

Fosses nasales : Coryza chronique, non ulcéreux à la partie antérieure, la muqueuse est épaissie un peu rouge. Plus on se rapproche des parties profondes, plus les lésions sont avancées.

Dans les sinus sphénoïdaux : véritable collection purulente, la muqueuse est détruite et l'os mis à nu. C'est en un point correspondant à la face interne du crâne qu'on a trouvé l'ostéite, et la plus grande quantité de pus dans les sinus de la dure-mère. On trouve des lé-

sions analogues dans les cellules ethmoïdales, jusqu'au voisinage de la cavité orbitaire droite, mais celle-ci reste saine.

OBSERVATION II

(Publiée dans les *Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx et des Organes connexes*. N° de mars 1881, par M. le Professeur FOURNIER.)

Une femme âgée de 30 ans, déjà traitée par nous pour divers accidents de syphilis secondaire, vient nous retrouver en octobre dernier se plaignant de ceci : maux de tête habituels depuis un an, malaise général, courbature, brisement, affaissement.

Elle a pu venir à pied à l'Hôpital et a travaillé jusqu'au bout à son métier de couturière.

Elle entre le 23 octobre salle St-Thomas, n° 14. Pendant 5 jours une observation soignée relève les symptômes suivants :

Fièvre notable ; état gastrique ; constipation ; céphalagie ; pertes des forces et accablement général. En présence de cet ensemble de symptômes vagues, le diagnostic est indécis. On songe à un embarras gastrique fébrile, puis à une fièvre typhoïde, puis à une autre maladie à la période d'invasion et ne se révélant pas par un signe formel.

Ce signe attendu se révéla le sixième jour. Ce fut une paralysie de la 6^e paire droite. Le voile était levé, le cerveau était en cause, le traitement fut institué dans ce sens.

C'est sur ces entrefaites que Fournier eut à examiner la malade.

Il ne peut supposer autre chose qu'une encéphalite en dépit de l'absence des autres phénomènes (troubles intellectuels, délire, spasmes musculaires, convulsions,

embarras de la parole), qui constituent le cortège habituel d'une phlegmasie cérébrale.

Pas de changements notables pendant une semaine.

Puis hémiplegie gauche avec coma progressif.

Le lendemain, la paralysie envahit le côté droit et la malade succombe. Les symptômes morbides qui déterminèrent la mort n'avaient pas duré plus de 13 jours.

Autopsie. — Deux ordres de lésions connexes

1° Des lésions osseuses de la base du crâne ;

2° Des lésions d'encéphalite correspondant exactement aux précédentes :

a) *Os* : Les lésions osseuses que présentent le crâne ont leur foyer principal au niveau de la selle turcique. Là, toute la portion du sphénoïde qui forme le centre de la base du crâne est absolument nécrosée. Un volumineux séquestre est extrait. C'est le corps même du sphénoïde presque libre au milieu d'un clapier purulent. Ce séquestre enlevé, on constate une lésion majeure : la perforation du crâne et la libre communication de la cavité crânienne avec les fosses nasales. Les os qui forment la paroi de ces foyers sont atteints d'ostéite, ainsi que ceux du voisinage, qui, au niveau des arrières-fosses nasales, sont recouverts d'une muqueuse fongueuse, bourgeonnante, fétide, rappelant le sphacèle.

b) *Encéphale* : Chose curieuse, les méninges sont à peu près intactes, seulement un peu épaissies. Mais, au-dessous d'elles, encéphalite non douteuse. Symphyse méningo-encéphalique, ramollissement de la substance cérébrale, coloration verdâtre. Le chiasma des nerfs optiques, qui avoisine le foyer, est absolument ramolli, au point qu'il se déchire pendant l'examen, sous la seule influence de l'écartement spontané des deux hémisphères.

En résumé :

1° Mort produite par une encéphalite ;

2° Cette encéphalite reconnaît pour origine les lésions osseuses développées au niveau de la voûte des fosses nasales.

Le caractère syphilitique de ces lésions n'était pas douteux : âge de la malade, bonne constitution, absence de toute manifestation tuberculeuse, siège de l'affection, antécédents avérés de syphilis, âge de cette syphilis, tout témoigne en faveur de la vérole.

OBSERVATION III

(Publiée dans les *Annales des Maladies de l'Oreille, du larynx et organes connexes*, n° de mai 1881, par M. le Professeur FOURNIER.)

Malade ancien syphilitique, éprouve pendant 18 mois à 2 ans les symptômes suivants : « Toujours enrhumé, envies fréquentes de se moucher, mouchoir strié de sang », puis trouble de l'ouïe, il va consulter un auriste. On le croit malade de l'oreille et passe entre les mains de divers spécialistes sans changement.

Puis, sa vue baisse. Il a recours aux ophtalmologistes. Aucun succès. Je le vois à ce moment. Mon rôle est plus facile devant les insuccès précédents. Je soupçonne une lésion nasale. Mais pas d'ozène, et absence de renseignements fournis par une exploration du stylet. Aussi prudence dans le diagnostic. Un traitement spécifique est prescrit.

Mais il est accepté avec répugnance et suivi sans régularité. Quelques mois plus tard, le malade commence à souffrir de la tête. L'état général s'altère. Il devient taciturne, sombre. Il continue à vaquer à ses occupations, mais accomplit ce travail avec fatigue.

L'invasion cérébrale est commencée. Elle demeure sous cette forme pendant quelques mois encore. Puis survient une paralysie de la 6^e paire droite, puis de la 3^e paire gauche,

A ce moment seulement, c'est-à-dire dans le dernier mois de la vie, apparaît l'ozène et l'exploration révèle une dénudation du sphénoïde.

Une attaque apoplectiforme termine brusquement la scène.

OBSERVATION IV

(Publiée dans la *Revue Mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie* du 1^{er} août 1883, par M. le Docteur J. BARATOUX.)

M. L. C..., 36 ans, se présente à l'Hôpital le 26 avril 1883.

Il dit avoir eu, 1868, un chancre induré suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules, etc., d'origine syphilitique.

Vers 1872, douleur au niveau des fosses nasales. Depuis, il mouche des matières purulentes, répandant une odeur de punaisie très marquée. Parfois, il trouve dans ses sécrétions de petits fragments osseux.

En 1874, le malade consulte M. le Docteur Jardin pour céphalée opiniâtre. I.K. 4 à 5 gr. par jour. La sécrétion nasale augmente, la céphalée diminue. Un jour de 1875, il mouche un gros fragment d'os, c'est un de ses cornets.

Depuis, le Docteur Jardin perd de vue son malade.

Celui-ci, revient le trouver il y a 8 jours, se plaignant d'un violent point de côté siégeant à gauche. Le diagnostic est fait de pneumonie et on lui conseille de garder la chambre. Il n'en fait rien et vient trouver le Docteur Baratoux, pour le débarrasser de l'odeur infecte que répand son nez. Il est très affaibli et ne veut pas se laisser ausculter.

L'examen extérieur du nez ne révèle pas de lésions appréciables.

L'examen rhinoscopique, au contraire, dénote une

destruction complète des cornets inférieurs et moyens. Les fosses nasales forment une vaste cavité dont les parois sont recouvertes d'un enduit noirâtre. En leur milieu, une masse assez mobile, dont il est difficile de reconnaître la nature, à cause des mucosités qui l'entourent.

La luette n'existe plus et on note une perforation palatine triangulaire, laissant passer le petit doigt.

Le malade ne respire plus par le nez et l'olfaction a disparu depuis longtemps.

On conseille au malade de faire de grandes injections nasales. Dès la première, il rend, par la bouche, un volumineux fragment osseux.

Cet os nécrosé, d'odeur nauséabonde, présente les dimensions suivantes : longueur, 20 m/m.; largeur, 15 m/m.; hauteur, 10 m/m.

C'est la partie centrale du sphénoïde.

Quelques jours après, le malade succombe à sa pneumonie, sans avoir présenté aucun symptômes cérébraux.

Depuis le jour de l'expulsion de son sphénoïde, l'écoulement purulent s'était tari.

Nous ne saurions noter l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde.

Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est l'absence de phénomènes cérébraux (si ce n'est toutefois la céphalée opiniâtre) et celle des troubles de l'œil.

Malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importants, le malade n'a pas présenté d'hémorragies.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION V

(Publiée dans le *Medical Record* du 15 avril 1883, par M. le Docteur Louis BLAIR, Albany, New-York.)

M. R. F..., 35 ans, vint nous trouver il y a un an environ.

Depuis 3 semaines, ses deux narines étaient bouchées et son pharynx si douloureux qu'il pouvait à peine boire. Il se plaignait plus particulièrement : de bourdonnements d'oreilles, de douleurs atroces, lancinantes de la tête, avec, au vertex, une sensation de constriction. Ces graves symptômes cérébraux étaient accompagnés de vertiges, de démarche titubante, et parfois d'état inconscient (unconsciousness), de nausées et d'une grande prostration. Il dormait peu et sa santé générale s'altérait rapidement.

12 ans avant, le malade avait eu la syphilis.

Il présentait, en arrière, une perforation palatine d'un quart de pouce de diamètre. La cloison cartilagineuse des fosses nasales était perforée, mais l'examen ne pouvait être poussé plus loin, à cause de l'obstruction des deux narines.

Il s'écoulait par celles-ci un liquide fétide, d'odeur caractéristique. En faisant une exploration soigneuse par la perforation palatine, on reconnut que l'os malade était le sphénoïde. Le séquestre paraissait encore bien fixé, et il ne parut pas prudent d'aller le libérer avec une curette.

Le traitement institué fut celui-ci : On introduisit un petit tube recourbé par la perforation palatine et, par ce tube, les cavités du nez et le naso-pharynx furent irrigués 3 fois par jour avec une solution chaude de permanganate de K. à 1/1.000^e et insufflation d'iodol. Le hourroufflement disparut et on put atteindre le séquestre par voie nasale.

Peu à peu, l'os fut mobilisé, puis détaché en enfin enlevé par la bouche. Le traitement fut continué et, 10 jour après, les fosses nasales antérieures étaient de nouveau libre. Dès lors, les troubles cérébraux présentés par le malade, mal de tête, nausées, vertiges disparurent presque complètement.

La perforation palatine avait puissamment aidé au traitement.

Le malade, syphilitique depuis 12 ans, s'était très mal traité et était, de plus, alcoolique.

Soumis à un régime tonique, ainsi qu'à un vigoureux traitement par le mercure et l'iodure de K., il recouvra très rapidement ses forces.

OBSERVATION VI

(Publiée par M. P. RAYMOND,

Bulletin de la Société d'Anatomie de Paris, 1885.)

Carie du sphénoïde. — Méningite de la base. — Thrombose des sinus caverneux. — Exophtalmie double rapide.)

Mme J. M..., 40 ans, entre le 15 avril 1885, dans le service de M. Montard-Martin.

Le 9 avril, elle a ressenti des douleurs très vives de la région temporale gauche. Dans la nuit, frissons violents, nausées, courbatures, inappétence, état fébrile, soif vive.

Le 10, douleurs dans l'orbite gauche. Le mauvais état général persiste; lorsque le 12, la paupière tuméfiée s'abaisse devant l'œil. Affaiblissement de la vision. Brouillards.

Le 15 : Œdème de la région temporale gauche ; œdème de la paupière supérieure. Chémosis séreux prononcé, surtout à la partie interne de la conjonctive bulbaire. Pupilles dilatées. Cécité absolue à gauche.

La pression à l'angle interne de l'œil détermine une violente douleur sur le trajet du nerf nasal. Exophtalmie de l'œil malade, dont la tension n'est pas augmentée.

Mouvements limités dans l'abduction.

Rien d'anormal à droite.

La malade est maigre, jaunâtre. Urines albumineuses.

Le 16, tous les phénomènes ont augmenté.

M. le Professeur Panas constate une dilatation des veines du fond de l'œil, une atrophie papillaire et une thrombose de la veine ophtalmique.

Le 17, l'œil droit est pris à son tour; les mouvements se font mal. Température : entre 39° et 40°4.

Douleurs un peu calmées; Pas de délire; pas de convulsions; pas de contractures; pas de troubles de la sensibilité, mais grand abattement, mouvements de carphologie. Température : 41°. Incontinence d'urine. La malade meurt le 18, dans le collapsus.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, rien d'anormal sur les hémisphères. Mais, sur toute la base de l'encéphale, depuis les lobes antérieurs jusqu'au bulbe, on trouve une méningite suppurée.

L'exsudat purulent comprime le chiasma des nerfs optiques, surtout à gauche.

Les nerfs optiques, le chiasma des bandelettes optiques sont injectés et ramollis.

La glande pituitaire est transformée en une masse putrilagineuse, d'odeur fétide.

Le sinus caverneux du côté gauche est rempli d'une bouillie verdâtre.

Du sinus droit, on retire une caillot fibrineux d'un centimètre et demi.

Les artères carotides sont saines, ainsi que les artères ophtalmiques, mais il n'a pas été possible de découvrir les veines ophtalmiques.

La lame quadrilatère du sphénoïde présente des lésions de carie d'une odeur infecte.

Cette lame est très amincie. Sa partie centrale est perforée; autour, l'os est rugueux, criblé de pertuis. Il n'y a pas de tubercules au poumons. Les autres organes sont sains.

C'est donc cette carie du sphénoïde consécutive vrai-

semblablement à une lésion syphilitique des fosses nasales qui a déterminé la méningite et la thrombose des sinus caverneux.

OBSERVATION VII

(Publiée in Thèse de JAFFRÉDOU, Bordeaux, 1897.)

*Sur un cas de nécrose du sphénoïde; et du vomer
consécutive à une syphilis.*

Mme X..., 23 ans, consulte le Docteur Moure le 23 août 1893; elle est gênée pour respirer par la narine gauche et mouche abondamment des matières purulentes extrêmement fétides. Violents maux de tête, de la région frontale et occipitale; si violents, que la malade se fait des injections de morphine. En outre, vertiges, vomissements. Son entourage se plaint de l'odeur épouvantable répandue par la malade.

Celle-ci a mouché, dernièrement, une petit séquestre qui n'est autre que l'insertion du vomer au niveau du sphénoïde.

La malade a maigri beaucoup, elle prétend avoir perdu 44 kgs. 3 ans auparavant, son mari lui a communiqué la syphilis, elle n'a suivi qu'un traitement irrégulier.

Depuis 6 mois, ses règles ont disparu, son état général est devenu mauvais.

A l'examen, facies amaigri, teint jaunâtre, elle semble extrêmement nerveuse, tant à cause de la douleur que des injections de morphine.

Le nez, extérieurement, est normal et inodore, mais la malade ne peut respirer. L'examen révèle un boursofflement des fosses nasales antérieures et un léger affaissement de la cloison du côté droit.

A l'examen de l'arrière-gorge, après avoir débarrassé les fosses nasales et l'arrière-cavité du nez des matières caséuses et des croûtes accumulées, on trouve le corps du sphénoïde noirâtre et comme nécrosé. Il est entouré

d'une muqueuse très rouge, surélevée, qui lui forme comme un collier, au milieu duquel se détache l'os dénudé. On reconnaît au stylet l'immobilité de ce point osseux.

Traitement spécifique bi-ioduré, injections nasales et grands lavages faits par la cavité naso-pharyngienne.

Ce traitement est continué pendant 2 mois. L'état général paraît s'améliorer. Quand, le 16 octobre, la malade revient, se plaignant de perdre la vue du côté gauche depuis 10 jours.

A l'examen, on constate toujours le point nécrotique plus noir et plus étendu; et, tout autour, des bourgeons charnus, indiquant que la réparation se faisait activement. La suppuration est devenue de plus en plus abondante.

L'examen du fond d'œil par le Docteur Lagrange dénote de la micropsie, mais pas de lésion apparente du fond de l'œil.

On pense à une compression du nerf optique.

Un peu plus tard, apparaît un ptosis indiquant une compression du releveur de la paupière supérieure.

Douleurs oculaires et occipitales intenses.

Le 11 décembre, le séquestre commence à se détacher; la malade se plaint de diplopie; le ptosis est devenu permanent, mais les douleurs se sont calmées. L'appétit est revenu, l'état général est meilleur. On essaye d'enlever le séquestre, mais on provoque de violentes douleurs, et la malade part de nouveau chez elle.

Elle revient le 8 janvier 1894; le séquestre est complètement détaché et tombe derrière le voile du palais, mais il est si volumineux qu'il est impossible de lui faire franchir le naso-pharynx. Il appuie sur l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache amenant de la surdité.

Les troubles oculaires ont disparu, la suppuration a diminué de beaucoup, la malade engraisse à vue d'œil.

On enlève le séquestre et on fait une injection qui permet l'expulsion de petits séquestres.

A ce moment, le nez est affaissé, il présente cette cassure en dos de lunette caractéristique de la lésion tertiaire.

Depuis cette époque, la malade, qui continue de temps à autre un traitement spécifique, se porte très bien, et n'a plus eu d'accidents.

OBSERVATION VIII

(Publiée in Thèse de JAFFRÉDOU, Bordeaux, 1897.)

*Nécrose du sphénoïde, de la cloison, des cornets
et des parois sinusiennes.*

C'est un homme de 33 ans, qui se plaint de maux de tête très violents, en même temps qu'il expulse de gros bouchons muqueux. Il présente l'enfoncement des os propres du nez en cassure de lunette.

3 ans auparavant, il a présenté une sécrétion nasale fétide très abondante, accompagnée de douleurs très violentes de la nuque et des yeux. Il présenta des vertiges, des vomissements, des troubles oculaires qui firent penser à une méningite.

Ayant annoncé qu'il avait eu antérieurement la syphilis, il fut traité comme tel, mais suivit irrégulièrement le traitement. Peu d'amélioration. Expulsion de séquestres, état général très mauvais; puis un peu meilleur. Entre temps, apparition d'une gomme sur la voûte palatine, ulcération et perforation.

Au moment où on l'examine, il présente un volumineux séquestre du sphénoïde, noirâtre et fétide. On le détache à la pince.

Immédiatement, amélioration remarquable qui se poursuit; si bien que le malade, deux mois plus tard, ne présentait plus que les déformations externes citées plus haut

On voit, à l'examen antérieur, une vaste cavité dans laquelle ne se trouve plus de cornets, et dans ce cloaque, s'ouvrent largement les deux sinus maxillaires.

Le malade, ayant continué de temps en temps un traitement spécifique, accompagné d'injections antiseptiques, ne présenta plus aucun accident.

OBSERVATION IX

(Cas de DUHAMEL et LEGRAND.)

Publié dans la Thèse de BERNOUD, Lyon, 1898

Un malade de 35 ans, affecté de caries nasales, n'avait jamais éprouvé d'autres symptômes que de l'ozène et de la céphalalgie. Soumis à diverses médications, il paraissait avoir obtenu une amélioration notable et notamment il ne souffrait plus de la tête.

Un jour, après avoir soupé et passé gaiement la soirée avec des amis, il se couche sans se plaindre de rien. Le lendemain matin, à 5 heures, il réveille une personne qui couchait dans sa chambre par un fort ronflement. On arrive près de lui, déjà il ne parlait plus. Cependant, il peut encore se lever. Tout à coup, il porta sa main à la tête, et expira après quelques convulsions.

L'autopsie révéla, sans parler des lésions osseuses, une encéphalo-méningite du lobe frontal droit.

OBSERVATION X

(Cas de TROUSEAU.)

Publiée dans la Thèse de BERNOUD

Je soignais un jeune officier anglais, atteint depuis longtemps d'un ozène syphilitique. Un jour, il est pris d'une suffocation subite, déterminée par la chute dans le pharynx d'un énorme séquestre de l'ethmoïde. Ce même jour, il est pris soudainement de symptômes cérébraux et succombe en 24 heures.

L'autopsie n'a pu être faite, mais, nul doute, ajoute Trousseau, d'après la teneur même des symptômes, que la mort n'ait été le résultat d'une suppuration des méninges et du cerveau dans la partie correspondant à la lame criblée de l'éthmoïde.

OBSERVATION XI

Nous citerons encore pour mémoire un cas de Fischénichs, présenté en 1906 à la Réunion des Laryngologistes de l'Allemagne du Sud, à Heidelberg, mais dont nous n'avons pu trouver l'observation *in extenso*. Il s'agissait d'un cas d'hémorragie mortelle causé par l'élimination de nombreux séquestres du sphénoïde et de l'occipital de nature syphilitique.

Avant d'arriver à la publication du cas observé dans la clinique de M. le Professeur Lannois, cas qui a motivé cette thèse, nous ne résistons pas au plaisir de publier, *in extenso*, la fameuse observation de Delpech, véritable souvenir médical historique.

OBSERVATION XII

(Cas de DELPECH.)

Publié *in extenso* dans la Thèse de BERNOUD,
Lyon, 1897

En 1816, nous fûmes consultés par un voilier habitant de Cette, âgé de 50 ans. Dix ans auparavant, gonorrhée et chancre sur le gland, combattus par quelques grains de sublimé en dissolution. Des pustules donnèrent lieu de recourir fréquemment à l'usage de quelques pilules mercurielles. Douleurs de tête accompagnés d'engorgement du périerane, qui suppura en plusieurs points.

Des ulcérations se formèrent dans la membrane muqueuse des fosses nasales; les cornets, la cloison, tom-

bèrent nécrosés et la saillie extérieure du nez, déformée par la chute des os cariés, fut détruite presque en entier par les ulcères.

Le voile du palais fut détruit; la voûte palatine fut perforée en plusieurs points; le rebord alvéolaire du côté droit avec toutes les dents correspondantes, s'ébranla et ouvrit le sinus maxillaire, cavité déjà ouverte par une fistule répondant à la fosse canine. Une nécrose semblable avait frappé l'apophyse nasale de l'os maxillaire gauche et s'étendait supérieurement à l'os unguis, à l'éthmoïde et à une grande partie de la région moyenne du coronal.

En portant un stylet dans la caverne qui tenait lieu de fosses nasales réunies, vers la partie supérieure, on sentait partout des os dénudés. Il découlait de toutes ces parties une abondance de matières ichoreuses et d'une puanteur horrible. (Frictions mercurielles, souvent administrées avec assez peu de ménagements pour produire la salivation; plus tard, traitement antiscorbutique.)

L'état du malade n'en fut pas amélioré. Sirop de sal-separeille, dans lequel état suspendu l'oxyde d'or (un 1/4 de grain par once); une once matin et soir, dans un verre de décoction de douce-amère.

Au bout d'un mois, deux verres de décoction d'une demi-once de quina, matin et soir, mêlée à autant de lait de vache. Un mois plus tard, les forces se relevaient. Oxyde de fer en frictions sur la langue (un 1/15^e de grain) le matin; le second grain fut divisé en 13 parties, le troisième en 11, le quatrième en 10 et le cinquième en 8.

Plusieurs pièces osseuses se détachèrent du palais et des fosses nasales, une douleur assez vive, successivement dans l'une et l'autre oreille, fut bientôt suivie d'un écoulement purulent qui devint copieux. En même temps, la surdité, jusque-là médiocre, devint complète

du côté droit et très forte du côté gauche. Nouvelles frictions avec du mercuriate d'or (1/6^e de grain). Le traitement fut poussé jusqu'à la consommation de 30 grains, mais dans l'espace de 2 ans.

Résine de quina, extrait de gentiane, bon régime. Nous eûmes la satisfaction de voir tomber tous les séquestres osseux de la bouche, du nez et du front à l'exception de deux; les ulcérations de la bouche et du voile du palais, celles du bord alvéolaire, du grand angle de l'œil gauche et du front se cicatrisèrent solidement.

Toutes les ulcérations du nez paraissent guéries, à l'exception de celles qui répondaient à la partie supérieure; des chairs fongueuses et mollasses recouvraient imparfaitement des séquestres qui comprenaient tout l'os ethmoïde, le corps du sphénoïde et l'angle basilaire de l'occipital.

La grande ouverture du sinus maxillaire se resserra. Elle fut réduite à une fistule de 2 ou 3 lignes de diamètre. Cependant, la région molaire du même côté présentait une autre fistule bien plus ample, à travers laquelle on voyait un grand séquestre appartenant à l'os molaire et à la région canine de l'os maxillaire. Cette pièce nécrosée entretenait une abondante suppuration qui s'écoulait dans la bouche, dans le nez et au dehors, sur la joue.

L'emploi du mercuriate d'or était terminé depuis 8 mois et la santé du malade, s'était singulièrement raffermie, lorsqu'il survint des douleurs de tête et des vertiges. En même temps, la suppuration qui provenait de la base du crâne augmenta beaucoup. (Régime plus ténu, laxatifs fréquents, cautères aux membres inférieurs).

La vue s'obscurcit et se perdit entièrement. La surdité était devenue beaucoup moindre et l'ouïe était le seul moyen de communiquer avec le malade.

Bientôt, les bras s'engourdirent et furent successivement paralysés. Des phénomènes semblables se manifestèrent aux membres inférieurs. Par intervalles, des convulsions légères dans les bras et quelques mouvements durèrent une vingtaine de jours, après quoi, le malade fut réduit à l'état d'automate, sans intelligence, privé de tous les sens.

Le malade vécut ainsi pendant 5 mois, durant lesquels on s'aperçut de la chute de plusieurs pièces osseuses, à l'embarras de la respiration qu'elles causaient en tombant dans le pharynx. Nous reconnûmes, dans ces pièces osseuses, des fragments de l'os ethmoïde et du corps du sphénoïde.

Enfin, une pièce énorme se détacha et fit craindre la suffocation, nous reconnûmes l'angle tout entier de l'occipital. Dès ce moment les mouvements des membres, les fonctions des sens, l'intelligence se rétablissent peu à peu; au bout de trois mois, il ne restait qu'un engourdissement dans les muscles de l'avant-bras et du bras droit, et un assez grand embarras dans la prononciation de certains mots. Le séquestre de la région molaire était entièrement libre et seul son volume le retenait.

Au bout d'un an, quelques demi-bains de Balaruc; douches fréquentes et prolongées, bains chauds.

Il survint de nouveaux vertiges et une attaque d'apoplexie, qui produisit une hémiplégie; une deuxième attaque fut mortelle.

A l'ouverture du corps, on trouva les traces ordinaires des deux apoplexies récentes; de plus, une tuméfaction considérable de la dure-mère vis-à-vis du point où avaient existé le corps du sphénoïde et l'angle correspondant de l'os occipital: en sorte que la face inférieure du cerveau était comprimée.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur LANNOIS; cette observation a fait l'objet d'une étude particulière due à MM. René GAILLARD et PITRES, parue dans les *Annales de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique de Lyon*.)

La malade est entrée en décembre 1921 dans le service neurologique du Docteur Bériel, pour des phénomènes cérébraux, maux de tête, vertiges, douleurs dans le bras droit.

On ne lui trouve aucun antécédent ni stigmate héréditaire. La spécificité et l'éthylisme sont également niés par la malade. Elle a eu un enfant, mort à 5 ans, de méningite, mais pas d'autres grossesses. Soignée deux ans auparavant pour une adénite cervicale suppurée, par un traitement radiothérapique. A eu de la pleurite du sommet droit et était considérée comme tuberculeuse.

En octobre 1921 : Larmolement de l'œil droit et douleurs névralgiques de l'hémicrane droit, de l'hémiface et du bras droit. Douleurs surtout nocturnes, empêchant alors tout mouvement de la tête; puis elles s'étendent à gauche; quelques vomissements alimentaires, quelques vertiges.

En décembre 1921 : On note : aux yeux : légère exophtalmie et œdème palpébral. Pas de paralysie; diminution de la vision à gauche, à la face; exagération de la sensibilité dans le domaine de l'exophtalmique droit, avec point sus-orbitaire. Au nez, quelques sécrétions, non fétides à droite, quelquefois striées de sang. Oreilles : normales. Au cou : cicatrices profondes bilatérales, adhérentes et pigmentées. Rien d'objectif aux membres, aux organes splanchniques, aux réflexes, Pas

de signe de pleurite du sommet droit. La ponction lombaire effectuée donne : tension, 30 cm³; albumine, 0,50. Réaction lymphocytaire assez abondante.

Rentrée chez elle, la malade s'aperçut d'une baisse assez rapide de sa vue du côté gauche, en même temps que l'exagération de ses douleurs de tête. Un examen ophtalmologique (Docteur Bussy) montre un œdème papillaire bilatéral. Vision nulle à gauche, réduite à 1/2 à droite et conclut à un syndrome d'hypertension.

On pense à une tumeur intracrânienne (tuberculome) et on pose l'indication d'une trépanation décompressive. A ce moment, la malade présente quelques phénomènes infectieux que l'on interprète comme d'origine grip-pale et l'intervention est différée.

Une nouvelle ponction lombaire montre : Tension : 20, A la cellule de Nageotte, 35, 40 éléments, dont 1/4 de polynucléaires. Les douleurs de tête s'exagèrent. Les examens sont rendus difficiles de par les tendances hypothygniques de la malade.

Le 24 janvier 1922 : Chute de la température. La vue baisse de plus en plus et la malade se conduit à peine. Un nouvel examen ne permet aucun signe de localisation. Les maux de tête sont des plus violents, avec tendance nauséuse.

Le 25 janvier 1922 : Trépanation décompressive frontale (Docteur Desgouttes). Le crâne est épaissi, densifié. La dure-mère est un peu épaissie, avec un peu de pachyméningite externe. Incision cruciale : hernie cérébrale moyenne. Pas de tubercules arachnoïdiens. Ponctions ventriculaires négatives.

Le 30 janvier 1922 : Dès le lendemain de l'intervention, la malade s'est mise à cracher et à moucher en abondance du pus très fétide; et immédiatement, elle se sent soulagée. La vue s'est améliorée rapidement, et, 3 jours après, elle était presque normale à droite,

C'est à ce moment qu'elle est vue par M. le Professeur Lannois qui rattache à une suppuration ethmoïdo-sphénoïdale les symptômes cérébraux observés et propose le passage de la malade dans son service.

Le 10 février 1922 : Intervention (Docteur Jacod). Incision latéro-nasale du côté droit. Les sinus frontaux sont sains, de même les sinus maxillaires. Mais il y a destruction de toute la masse latérale de l'ethmoïde et de toute la paroi antérieure du sphénoïde. Tout le plafond des fosses nasales est séquestré, depuis l'épine nasale du frontal jusqu'à la selle turcique. Ablation de ces masses séquestrées baignant dans un pus fétide. La dure-mère est à nu entre les deux orbites. Au niveau de la cloison nasale, toute la lame perpendiculaire de l'ethmoïde manque; il ne reste que le cartilage quadrangulaire. Mais l'étage inférieur des fosses nasales est intact.

Les suites opératoires furent d'abord favorables. La malade continue à cracher beaucoup, mais ne souffre plus de la tête. La vision est stationnaire. Très améliorée de l'œil droit, mais toujours nulle à gauche.

Le 6 mars 1922 : Hémoptysies. Point de côté gauche. Râles sous-crépitants et souffle dans l'aisselle gauche.

Le 7 mars 1922 : Décès.

Autopsie. — Aux poumons : Pas trace de lésions tuberculeuses. Pleurésie interlobaire gauche et de la grande cavité, avec liquide séro-sanguinolent très fétide. Rien aux autres organes. Aucune lésion tuberculeuse nulle part.

Pas de lésion apparente du cerveau, qui est conservé.

On prélève la plus grande partie de la base du crâne : frontal, ce qui reste du sphénoïde, de l'ethmoïde et de l'apophyse basilaire.

Bien qu'aucun élément clinique, pendant la vie de la malade, ne nous ait orienté vers l'idée d'une infection syphilitique, nos constatations nécropsiques ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

CHAPITRE II

Anatomie

Il nous a paru nécessaire de rappeler l'anatomie de la région qui nous occupe. Nous allons le faire brièvement.

La voûte des fosses nasales (ou portion naso-cranienne) est constituée par une gouttière longue et étroite, à direction antéro-postérieure. Sa longueur est variable, sa largeur est de 3 à 4 m/m. — On la divise en trois portions :

- a) portion nasale;
- b) portion fronto-ethmoïdale;
- c) portion sphénoïdale;

d'importance très inégale, en ce qui nous concerne.

a) La portion nasale répond aux os propres du nez.

b) La portion fronto-ethmoïdale répond à la lame horizontale de l'ethmoïde. C'est une lame quadrilatère divisée en deux moitiés par l'apophyse cristagalli. Ces deux moitiés fortement excavées dans le

sens transversal revêtent l'aspect de deux gouttières antéro-postérieures. Ce sont les gouttières olfactives ainsi nommées parce qu'elles servent de réceptacle aux bulbes olfactifs. Au niveau des gouttières cette lame est percé de trous qui livrent passage aux filets du nerf olfactif, aux ramifications des artères ethmoïdales et à de minces prolongements de la dure-mère. Sur cette lame criblée repose le lobe frontal du cerveau.

c) En arrière de l'ethmoïde et s'articulant avec lui se trouve le sphénoïde dont les rapports ont ici une importance capitale. Il est creusé de deux sinus à grand axe antéro-postérieur accolés comme les deux canons d'un fusil. Ces sinus s'ouvrent dans le méat supérieur des fosses nasales, par une ouverture de la grosseur d'une lentille environ (Moldenhauer) et sont tapissés à l'état frais par un prolongement de la muqueuse des fosses nasales. Les rapports du corps du sphénoïde sont les suivants :

Ses rapports avec les méninges sont étendus et compliqués. Après avoir tapissé toute la surface de l'os, la dure-mère se dédouble pour former d'une part une loge au corps pituitaire et d'autre part la paroi du sinus caverneux.

Ce sinus situé sur la partie latérale du corps de l'os n'est séparé des cavités sphénoïdales que par une mince lamelle de tissu osseux; aussi les lésions du sphénoïde peuvent-elles retentir facilement sur ce sinus et y déterminer une thrombose grave ainsi que le prouvent les cas de Duplay et de James Russell publiés dans la thèse de Kaplan (Paris, 1892).

Faisons maintenant une coupe vertico-transversale du sinus caverneux, passant par le milieu de la selle turcique. Dans les sinus, très voisins de l'os, nous trouvons la carotide interne et le nerf moteur oculaire externe; dans la paroi externe du sinus et se superposant dans cet ordre, nous trouvons le moteur oculaire commun, le pathétique, le nerf ophtalmique, c'est-à-dire les nerfs qui tiennent sous leur dépendance la motricité et la sensibilité de l'œil et dont les altérations se traduiront par des troubles fonctionnels de cet organe.

Rappelons aussi que la veine ophtalmique dont la thrombose a été observée dans des cas de carie du sphénoïde se jette dans le sinus caverneux et passe tout près de l'os dans la fente sphénoïdale, fente au travers de laquelle passent également les nerfs dont nous avons parlé plus haut.

D'autres rapports importants sont encore à signaler. Les nerfs optiques dont le chiasma repose dans la gouttière optique en avant de la selle turcique et pénètre dans l'orbite par le trou optique. C'est à ce niveau qu'ils seraient surtout lésés (Docteur Berger, de Glatz).

Rappelons en terminant que les origines des bandes olfactives sont voisines du sphénoïde et que les collections purulentes provenant de cet os peuvent facilement fuser vers l'orbite par la fente sphénoïdale et le trou optique.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, il y a lieu de distinguer entre les lésions du tissu osseux et les lésions des organes connexes.

A. — *Lésions osseuses.* — L'ethmoïde et le sphénoïde peuvent être atteints par le processus syphilitique; mais de ces deux os c'est le sphénoïde dont les lésions sont de beaucoup les plus fréquentes. C'est un os spongieux et ses lésions seront identiques à celles observées sur les autres os spongieux. C'est une ostéite raréfiante dans laquelle les tissus sous-périostiques et médullaires sont envahis par du tissu gommeux, c'est-à-dire par une véritable néoplasie inflammatoire ayant tendance à devenir caséuse.

Il y a infiltration de l'épaisseur de l'os par le tissu malade. Les canaux de Havers sont dilatés, remplis de suc gélatineux, rose, puis jaunâtre, le tissu osseux se résorbe progressivement. Sous l'influence de l'inflam-

mation subaiguë il y a formation de lamelles osseuses qui, se surajoutant abondamment aux canaux de Havers, où passent les vaisseaux nourriciers de l'os, les rétrécissent entièrement et rendent impossible la circulation sanguine. Privé de sang l'os se nécrose.

Il est frappé de mort et prend un aspect noirâtre. Puis il se produit entre la partie nécrosée et la partie saine ou moins atteinte une ostéite raréfiante qui aboutit à l'isolement du séquestre. Celui-ci devient libre peu à peu au milieu d'un clapier purulent. Les parties voisines sont atteintes à leur tour et recouvertes d'une muqueuse œdématiée, fongueuse, bourgeonnante, fétide, de coloration verdâtre, rappelant le sphacèle.

Si un traitement énergique est institué à temps, les lésions peuvent ne plus progresser. Les parties respectées par le processus nécrotique deviennent le siège d'une ostéite condensante qui peut dépasser les limites de la restauration et produire des saillies exubérantes, ostéophytiques. Ces exostoses peuvent déterminer des troubles par la compression qu'elles exercent sur les organes voisins.

B. *Lésions des organes intra-craniens.* — On peut, avec Fournier, classer sous cinq chefs les lésions consécutives à l'ostéite naso-cranienne.

1° Méningites inflammatoires; hyperplasiques avec épaissement des membranes et adhérences réciproques, et plus rarement abcès méningé.

2° Thrombose des sinus; notamment des sinus caverneux; thrombose d'une veine qui se jette dans ces sinus (veine ophtalmique).

3° Fusées purulentes de voisinage en diverses directions. Les plus fréquentes sont celles qui se dirigent vers l'orbite amenant de la compression nerveuse, de la névrite et même de l'exophtalmie.

4° Altérations des divers nerfs craniens. Ce sont les lésions de beaucoup les plus intéressantes à étudier, car ce sont elles qui mettent le plus souvent sur la voie du diagnostic.

On peut noter l'altération :

a) Des nerfs olfactifs, situés exactement sur les gouttières ethmoïdales;

b) Des nerfs optiques dont le chiasma repose sur la jonction des petites ailes du sphénoïde, en arrière de l'apophyse crista-galli, en avant de la selle turcique. En outre, le tronc de chaque nerf optique pénètre dans l'orbite par le trou optique situé en dessous de la petite aile du sphénoïde; il peut donc être lésé à cet endroit.

c) Des nerfs moteurs oculaires, troisième, quatrième, sixième paires. On les appelle les nerfs antérieurs du cerveau.

Tous traversent le sinus caverneux, ainsi que la fente sphénoïdale en longeant les parties latérales du corps du sphénoïde.

d) Enfin des lésions d'encéphalite vulgaire; quelquefois localisées exclusivement au voisinage des lésions osseuses, dans les lobes frontaux ou sphénoïdaux; quelquefois étendues plus ou moins loin des foyers primitifs.

Les lésions peuvent être diffuses, ou bien circonscrites en abcès de volume variable, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'une grosse noix.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Nous avons énuméré, dans le premier chapitre de ce travail, les symptômes habituels rencontrés dans les ostéites d'origine syphilitique localisés à la partie antérieure (naso-faciale) des fosses nasales. Rappelons-les brièvement :

1° *Enchifrènement chronique* ;

2° *Jetage nasal* ;

3° *Epistaxis* ;

4° *Ozène* ;

5° *Déformations du nez* (accompagnées de lésions de la charpente osseuse, des cornets, de perforations de la voûte palatine).

La symptomatologie de l'ostéite naso-cranienne sera toute différente. En effet, dans la grande majorité des cas, les symptômes fournis d'une part par l'examen

extérieur du nez et même la rhinoscopie antérieure n'existeront pas; l'ostéite s'étant attaquée d'emblée à l'ethmoïde ou au sphénoïde, respectant la partie antérieure des fosses nasales, d'autre part l'écoulement de matières purulentes et la fétidité de l'air expiré manqueront complètement ou du moins ne seront que faiblement accusés.

Donc, peu ou pas de jetage, peu ou pas d'ozène. On a essayé d'expliquer ce fait particulier, qui peut paraître une anomalie. Fournier a formulé plusieurs hypothèses, mais aucune ne paraît suffisamment convaincante à elle seule.

Il l'a attribué :

1° A la situation des lésions sur un plan postérieur et déclive permettant ou favorisant l'écoulement des liquides purulents dans le pharynx où ils sont déglutis.

2° A la communication imparfaite et étroite de la lésion avec les fosses nasales (quand la lésion siège au niveau des sinus sphénoïdaux).

3° Au fait que les lésions de l'ostéite naso-cranienne ne se trouvent pas directement dans le sens du courant d'air expiré.

4° Au fait que les lésions tuent le malade avant qu'un ozène évident se soit installé.

De ces explications, la dernière paraît la meilleure, car dans plusieurs de nos observations, on a pu voir un ozène très net s'installer dans les heures précédant la mort.

Au point de vue clinique, on distingue deux formes essentielles ;

I. *Forme à évolution chronique* (durant des mois, des années);

II. *Forme à évolution rapide* (aboutissant à la mort en quelques semaines, quelquefois plus rapidement).

I. — FORME A EVOLUTION CHRONIQUE

Dans ce cas la symptomatologie est celle de l'encéphalite chronique partielle compliquée ultérieurement de quelques phénomènes de paralysie affectant surtout les nerfs antérieurs du cerveau.

On peut donc diviser les symptômes en :

1) symptômes de début ;

2) symptômes d'état.

d) les symptômes de début sont de 4 ordres :

a) *Céphalée* (encéphalalgie de Fournier) : c'est le plus constant, c'est une céphalée continue plutôt qu'intense, un mal lourd, gravatif ; supportable parce qu'il n'est pas très intense, mais accablant par sa permanence ;

b) *Changement de caractère* : Le malade devient triste, morose, présente des accès d'humeur inexplicables (Fournier);

c) *Asthénie cérébrale* : Le malade garde son intelligence, cependant il présente moins de vivacité; son travail quotidien accompli autrefois sans effort lui devient pénible;

d) *Détérioration de l'état général* : Le malade s'amaigrit, son teint s'altère, un état gastrique s'installe avec sécheresse de la bouche, langue sale, constipation, etc.

En résumé : Symptômes vagues et insuffisants pour

permettre un diagnostic précis pendant une période, plus ou moins longue, mais qui peut se prolonger pendant des mois.

2) Symptôme d'état : Puis, brusquement, sans que rien puisse le faire prévoir, apparaît un symptôme qui vient éclairer d'un jour nouveau la situation et montrer que c'est le cerveau qui est atteint. « Quelque chose de grave s'accomplit » (Fournier.) C'est un trouble fonctionnel intéressant les nerfs antérieurs du cerveau.

a) Le plus souvent : paralysie d'une paire motrice oculaire (troisième paire: moteur oculaire externe la plus souvent atteinte: « Les paralysies de la troisième paire portent un véritable cachet de spécificité (Fournier). Elles sentent la vérole (Ricord) ou sixième paire: moteur oculaire commun), quelquefois paralysie du filet moteur du releveur de la paupière amenant du ptosis (Moure, Duplay, Raymond).

Dans toutes les observations où des troubles oculaires ont été étudiés, on trouve des troubles de la motilité de l'œil. Les mouvements, d'abord limités, en particulier les mouvements d'abduction, disparaissent complètement.

Un autre symptôme vient encore à l'appui de la paralysie de la sixième paire. C'est la dilatation (Raymond), l'irrégularité (Duplay) de la pupille. Or, nous savons que le moteur oculaire commun innerve les fibres circulaires de l'iris et que sa paralysie entraîne la dilatation de la pupille, par prédominance d'action des fibres radiées, innervées, elles, par le sympathique. Le strabisme et la diplopie ont également été notés,

b) Invasion progressive de troubles visuels.

Ces symptômes subjectifs qui frappent l'imagination du malade ont une importance considérable. Ils consistent le plus souvent, en brouillards, mouches volantes, étincelles (Duplay) que le malade voit devant ses yeux, en même temps qu'il éprouve des douleurs péri et intraorbitaires, des douleurs du fond de l'œil (Moure) exaspérées par la pression du globe oculaire. Sa vue baisse de plus en plus. Il y voit tout juste pour se conduire (Lannois) arrivant même jusqu'à la cécité complète. Les faits indiquent que le nerf optique est atteint. Névrite ou compression ? Il est difficile de se prononcer à ce sujet.

c) Plus rarement, troubles auditifs : On note des bourdonnements (Blair), des douleurs dans l'oreille, de la surdité, de l'écoulement de sang par l'oreille.

Dans un cas de M. Moure, la surdité était due à la compression de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache par le sequestre tombé dans le pharynx nasal.

d) Quelquefois : paralysie partielle quelconque (parésie, engourdissement ou douleurs d'un membre).

e) Quelquefois, enfin, de l'exophtalmie. Cette exophtalmie sans augmentation du globe de l'œil, accompagnée parfois d'œdème palpébral, provient de la pénétration dans l'orbite de fusées purulentes, provenant de la phlébite du sinus caverneux et qui ont tendance à propulser en avant le globe oculaire.

En même temps tous les troubles généraux signalés précédemment s'aggravent, toujours sans localisation bien précise; l'asthénie de toutes les fonctions s'ac-

croît. Le malade est dans un état de moindre résistance et il est emporté après un ou plusieurs ictus apoplectiformes quand il ne succombe pas à une affection intercurrente; le plus souvent à une affection pulmonaire (cas de M. Lannois). A l'autopsie on trouve des lésions d'encéphalite chronique avec ou sans localisation.

Voilà pour la forme chronique.

II. — FORME A EVOLUTION RAPIDE

Dans ce cas la terminaison fatale arrive dans un espace très court (15 jours et moins), quelquefois d'une façon sidérante.

Le malade est un ancien syphilitique qui n'a présenté jusqu'alors que des symptômes locaux (écoulement nasal, fétidité de l'haleine, diverses déformations du nez, lésions de la cloison, des cornets, etc.). Les lésions d'ostéite n'ont atteint que secondairement la voûte des fosses nasales. Elles se sont développées insidieusement, sans troubles généraux bien accusés, sauf cependant une céphalée supportable. Aucun accident cérébral ne s'est manifesté; les lésions cérébrales sont restées latentes, puis subitement, sans cause apparente, prennent une allure suraiguë, dramatique.

C'est d'ailleurs un fait bien connu en pathologie cérébrale que des lésions peuvent exister sans symptômes cérébraux; ce fait, presque cette loi, trouve ici son application.

Mais il existe une grande différence entre la symptomatologie des phlegmasies cérébrales et méningées

ordinaires primitives et celle des phlegmasies cérébrales consécutives à une ostéite syphilitique nasocranienne.

Dans les premières on note une multiplicité de symptômes : fièvre, céphalalgie, nausées, vomissements, constipation, agitation, troubles intellectuels, délire, troubles moteurs variés, troubles de la sensibilité, paralysies, hémiplegies, etc., etc.

Rien de semblable dans le cas qui nous occupe. Ces phlegmasies cérébrales secondaires sont pauvres en symptômes, incomplètes dans leur physionomie générale, irrégulières dans leur évolution.

Les malades meurent :

- a) d'encéphalite ;
- b) de suppurations méningées ;
- c) d'abcès intra-cérébraux.

On peut méconnaître ces lésions jusqu'aux dernières heures de la vie où apparaissent parfois de violents troubles cérébraux (ictus apoplectiformes ou convulsifs, paralysies); mieux même : sans aucun symptôme peut survenir la mort, d'une façon absolument inopinée (cas du jeune officier anglais de Trousseau, cas de MM. Duhamel et Legrand (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*)).

On peut qualifier d'encéphalites latentes les lésions qui se présentent sous cet aspect.

Dans ce chapitre nous avons volontairement schématisé en plusieurs groupes distincts les diverses formes possibles de la symptomatologie. Il ne faudrait pas en conclure que dans la pratique cette division soit aussi nette.

En effet, s'il est des cas (assez fréquents) où les symptômes naso-faciaux (enchifrènement, jetage nasal, ozène, etc.) se rencontrent à l'exclusion de tous autres (voir les différentes observations de la thèse de Bernoud); s'il est encore des cas (beaucoup plus rares) où les lésions se sont localisées d'emblée sur la voûte des fosses nasales, et par conséquent n'ont donné naissance qu'à une symptomatologie strictement naso-cranienne, dans la grande majorité des cas (voir nos diverses observations) les lésions naso-faciales et naso-craniennes coexistent ou du moins se succèdent plus ou moins irrégulièrement, et partant nous pourrons observer une symptomatologie mixte. Il nous a paru nécessaire de mettre ce point en relief.

CHAPITRE V

Diagnostic et Pronostic

De tout ce qui précède, il est facile de se rendre compte de la difficulté habituelle du diagnostic.

Cela pour trois raisons :

1^{re} La spécificité a été niée volontairement ou involontairement. Tous ceux qui ont fréquenté les hôpitaux ont pu constater par eux-mêmes que les anciens spécifiques (de même que les éthyliques) avouent difficilement leur maladie qu'ils considèrent comme infâmante. Le médecin a besoin d'inspirer à son malade une grande confiance; lui faire en quelque sorte toucher du doigt les difficultés nouvelles qui lui sont créées du fait de cette négation; soit par inintelligence, soit par entêtement le malade persiste souvent dans son erreur fâcheuse. On doit donc rechercher avec une grande attention les stigmates spécifiques habituels avant d'éliminer le diagnostic.

Les cas sont de plus en plus rares où véritablement la syphilis est ignorée du malade.

2° L'absence de tout symptôme cérébral. C'est dans ce cas que le diagnostic présente le plus de difficultés. Nous avons vu dans l'observ. n° II un cas typique de cette catégorie. La malade arrive à l'hôpital dans le service de Fournier, mais en l'absence de celui-ci, avec un ensemble de symptômes extrêmement vagues, si bien que le médecin chargé de l'examiner songe successivement à un embarras gastrique fébrile, à une fièvre typhoïde, à la période d'incubation d'une maladie infectieuse. Ce n'est qu'à l'apparition d'un symptôme cérébral (paralysie de la sixième paire droite) que le voile est levé et que le cerveau étant en cause le diagnostic d'encéphalite peut être posé.

3° La localisation sur un organe donné. Mais encore, à ce moment-là, le diagnostic n'est pas lumineux. Différents spécialistes sont visités au fur et à mesure de la localisation sur un organe.

Des foules d'erreurs sont possibles (une cascade d'erreurs, a dit Fournier). Des auristes, des ophtalmologistes, des rhinologistes, des chirurgiens (cas de M. Lannois) sont consultés. Des traitements divers sont institués sans succès, jusqu'à ce que le malade arrive devant un syphiligraphe, qui, bénéficiant de ces échecs successifs, est mis plus sûrement sur la voie du diagnostic.

Il est cependant un élément de diagnostic de la plus grande valeur sur lequel nous allons nous étendre assez longuement, car c'est lui qui attirera l'attention du médecin vers une possibilité de syphilis cérébrale. Nous voulons parler de la ponction lombaire.

Si dans nos observations, à l'exception d'une seule (la dernière puisqu'elle ne date que de 1922) il n'en est pas fait mention, c'est qu'on ne parlait pas encore au moment où elles ont parues de la ponction lombaire. Fournier, en 1881, Moure un peu plus tard, Duplay, Baratoux et à plus forte raison Despech, en 1818, manquaient de cet élément de diagnostic.

Grâce aux travaux de l'Ecole Française et en particulier grâce aux travaux de M. Ravaut, il en est aujourd'hui facilité.

Par la ponction lombaire, véritable biopsie (Ravaut), il est aisé de se rendre compte que, dans toute syphilis nerveuse constituée, le liquide céphalo-rachidien est le siège de réactions diverses.

Aspect macroscopique : dans la majorité des cas il est clair, plus rarement jaunâtre ou puriforme.

Réactions cytologiques : soit par la méthode de Ravaut, soit par celle plus rapide de Nageotte. Ces réactions peuvent être :

a) négatives : en cas de lésions initiales ou terminales;

b) positives : soit unicellulaires : lymphocytose à types moyens ; polynucléose, sans hyperalbuminose; soit mixtes: constituées par des éléments de divers ordres.

Réactions chimiques :

a) Hyperalbuminose : constante.

b) Réaction de Lange ou de l'or colloïdal (basée sur ce principe que diverses substances contenues dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de syphilis nerveuse décolorent les solutions d'or colloïdal).

c) Modifications inconstantes du sucre (M. P. Weill).

Réactions biologiques :

a) La réaction de Bordet-Wassermann est positive de très bonne heure pour le liquide céphalo-rachidien (Ravaut). Son intensité est proportionnelle à l'intensité de la réaction méningée (Jeanselme).

b) La perméabilité méningée, généralement très faible est toujours augmentée.

En pratique toutes ces réactions n'ont pas une valeur égale; d'ailleurs elles sont généralement associées et on les interprète de la façon suivante, selon leur intensité et leur groupement.

Intensité : légères : augmentation à peine décelable de la pression, lymphocytose discrète, hyperalbuminose modérée;

fortes : hypertension marquée, grosse réaction cellulaire mixte, réaction de Bordet-Wassermann positive, hyperalbuminose.

Groupement : Les diverses réactions dont nous venons de parler ne valent que par leur groupement.

On en distingue trois (Babonneix) :

1° Réactions nécessaires : hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. C'est le syndrome minimum sans lequel on peut dire qu'il n'y a pas de syphilis nerveuse.

2° Réactions suffisantes : hyperalbuminose, lymphocytose, réactions de Bordet-Wassermann et de Lange, positives pour le liquide céphalo-rachidien ; éventuellement réaction de Bordet-Wassermann positive pour le sang.

C'est le syndrome maximum, celui où la syphilis nerveuse est indiscutable.

3° Réactions intermédiaires : de valeur diagnostique variable, selon leur intensité.

Ces quelques précisions touchant la ponction lombaire suffisent pour montrer que cet élément de diagnostic ne doit jamais être négligé.

Le pronostic de cette affection varie suivant la période où l'on examine le malade. Si les lésions sont localisées au sphénoïde sans retentissement cérébral, le pronostic est favorable. Un traitement énergique étant institué on voit les séquestres s'éliminer, les symptômes subjectifs s'amender, l'état général du malade s'améliorer; comme on a pu le voir dans plusieurs de nos observations. Si, au contraire, la ponction lombaire montre que des lésions nerveuses, encéphaliques ou méningées se sont déjà développées, le pronostic est beaucoup plus sombre. Ce sont ces cas pour lesquels une mort subite, sidérante est à craindre.

En résumé : le pronostic est d'autant meilleur que le traitement de la syphilis est plus précoce, plus énergique et plus régulièrement suivi.



CHAPITRE VI

Traitement

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement des formes cérébrales de la syphilis consécutives à une infection naso-cranienne peut être divisé en traitement préventif et en traitement curatif. 1° Le syphilitique est vu à son début : Dans le premier cas, le malade est vu avant qu'une ostéite naso-cranienne ne soit déclarée. Il faut alors le soumettre aussitôt au traitement habituel de la syphilis. Il n'entre pas dans le cadre de notre travail de nous y étendre ici. Le traitement préventif terminé, il faut suivre le malade, surtout à la période secondaire, l'examiner à intervalles rapprochés; guetter en quelque sorte chez lui l'apparition du moindre symptôme nerveux : pratiquer alors la ponction lombaire. Si cet examen dénote de grosses modifications du liquide céphalo-rachidien, instituer d'emblée le traitement qui va être indiqué,

2° Le malade présente des signes de syphilis nerveuse. C'est le moment d'effectuer le traitement curatif fondé en grande partie sur le résultat de la ponction lombaire (Ravaut, Sicard, Jeanselme).

a) Réactions légères : traitement simple : injections intraveineuses de cyanure de mercure (0 gr. 01). Iodure de potassium, 4 gr. par jour.

b) Réactions intenses : Traitement mixte : mercure, arséno-benzènes, bismuth, iodure de potassium, jusqu'à ce que la réaction de Bordet-Wassermann soit négative et le liquide céphalo-rachidien normal.

On doit se méfier des doses excessives de 606 ou de 914, car il est fréquent, dans le cas de syphilis nerveuse, quand les méninges sont déjà touchées, d'observer des réactions considérables de liquide céphalo-rachidien (phénomènes d'Herxheimer méningé) à la suite d'emploi de doses trop fortes. Donc être prudent, et quand on a des doutes, employer le mercure le bismuth et l'iodure de potassium, même à hautes doses, jusqu'à 8 gr. (Fournier).

L'iodure de potassium un peu délaissé pour le traitement de la syphilis initiale, reste le traitement de choix des localisations nasales et naso-craniennes.

A la médication spécifique doivent être associées certaines médications adjuvantes (Fournier). Ce sont :

1° l'hydrothérapie, douches froides, une par jour d'une demi-minute;

2° Bromures à la dose de 3 à 5 gr. par jour;

3° Purgatifs;

4° Révulsifs craniens;

5° Reconstituants généraux (fer, quinquina, amers);

6° Eaux thermales sulfures : Aix, Bauges, Cauterets, Luchon.

Enfin et surtout une vie calme, sans excès d'aucune sorte, alcooliques, vénériens, intellectuels, excès de table, pas d'exercices physiques trop violents, pas d'émotions.

Sur cette nécessité d'une hygiène cérébrale, Fournier a écrit des pages excellentes et qui n'ont point vieilli.

Voilà pour le traitement médical.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le traitement chirurgical variera suivant l'intensité des lésions observées.

1° Les séquestres ne sont pas complètement libres : on ne doit pas intervenir, car l'opération ainsi pratiquée risquerait fort de ne pas être curative.

Se contenter de pratiquer de grands lavages au bock (Eau de Labarraque; eau oxygénée) suivis d'introduction d'huile goménolée.

2° Les séquestres sont complètement libres.

S'il s'agit de petits séquestres, on peut tenter de les saisir à la pince et de les extraire par les voies naturelles.

Si les séquestres sont de gros ou de très gros volume (corps du sphénoïde) on doit recourir à une intervention de plus grande envergure.

Des diverses méthodes, la plus employée est l'opération de Rouge, minutieusement décrite dans les manuels spéciaux (Incision au niveau du sillon gingivo-labial, réclinaison du nez cartilagineux et vue directe sur les lésions).

On peut aussi aborder les lésions par la voie latérale (cas de M. Lannois), afin d'obtenir un jour plus vaste.

La ponction des abcès du cerveau est pratiquée par les mêmes voies d'accès.

Conclusions

I. — Habituellement les localisations nasales de la syphilis tertiaire se manifestent par un ensemble de signes rhinologiques qui en facilitent le diagnostic.

C'est la forme commune de la syphilis naso-faciale, qui n'a qu'une gravité locale.

II. — Exceptionnellement la syphilis gommeuse se développe au niveau des parties hautes (ethmoïdale et sphénoïdale) des fosses nasales et se caractérise alors :

1° Au point de vue anatomique par l'extension considérable que peut prendre le processus d'ostéite aboutissant parfois à la séquestration totale de toute cette partie du plancher crânien. Les infections polymicrobiennes surajoutées y jouent d'ailleurs un rôle important.

2° Au point de vue clinique : par une symptomatologie d'emprunt où les signes intracrâniens méningés ou encéphaliques prennent la plus grande part, alors que les symptômes nasaux cavitaires sont nuls ou tardifs.

3° Aux points de vue pronostique et thérapeutique par une gravité vitale considérable qui tient à l'inefficacité fréquente de la médication antisypilitique et à la difficulté où se trouve l'acte chirurgical, rendu nécessaire, d'atteindre toutes les lésions.

III. — Cette forme a été désignée par Fournier sous le nom d'ostéite naso-cranienne sypilitique.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	COLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Novembre 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AUDRY. — Syphilis grave des os du nez. Opération de Rouge. *Archive prov. de Chirurgie*, 1892.
- BLAIR. — Lésions syphilitiques du nez. *Albany Méd. Annals*, 1899.
- BERNOUD (Cl.). — De la syphilis tertiaire des fosses nasales. *Thèse de Lyon*, 1898-99.
- BROWICZ. — Riesenzellen im Syphilomen. *Centralbl. f. Méd. Wissensch.*, 1897.
- CASTEX. — Ozène syphilitique, 1890.
- DELPECH. — Clinique médicale. Montpellier, 1818.
- HELLMANN. — Carie syphilitique de l'os ethmoïde. *Arch. f. Laryng.*, 1895).
- FOURNIER. — Des ostéites naso-craniennes d'origine syphilitique. *Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1881.
- KNIGHT. — Opération de Rouge pour l'ablation d'un séquestre du nez. *Méd. News*, 1896.
- MICHELSON. — Uber nasensyphilis. Traduction Potiquet.
- SCHEINMANN. — Syphilis du nez. Berlin, 1900.
- LANNOIS, GAILLARD et PITRES. — Sur un cas d'ostéite naso-cranienne d'origine syphilitique. *Presse Médicale*, 1924.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1865.
- WINCKLER. — Carie syphilitique de l'ethmoïde. *Klin. Woche*, 1902.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Observations.....	15
<i>Chapitre II.</i> — Anatomie	39
<i>Chapitre III.</i> — Anatomie pathologique.....	43
<i>Chapitre IV.</i> — Symptomatologie.....	47
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic et Pronostic	55
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	61
Conclusions.....	65
Bibliographie	67
